

**PROCEDURA PER IL RILASCIO ED IL RITIRO DELLE CARTELLE CLINICHE**

**Modulo A****Archivio Cartelle Cliniche Presidio Ospedaliero Unico****RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA**

Cognome e Nome Assistito \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA (E-MAIL) \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DELL'ATTO RICHIESTO****CARTELLA CLINICA**

Reparto di dimissione \_\_\_\_\_

gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

Reparto di dimissione \_\_\_\_\_

gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

**Costo Cartella Clinica € 15,00****CARTELLA CLINICA di PRONTO SOCCORSO**

gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

**Costo Cartella Clinica di Pronto Soccorso € 6,00****CARTELLA AMBULATORIALE**

Precisare la specialità medica (Oculistica o Ortopedica)

N° cartellino \_\_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

Reparto di dimissione \_\_\_\_\_

gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

**Costo Cartellino € 1,55****CARTELLA APA**

Reparto di dimissione \_\_\_\_\_

N° APA fornito dal Reparto \_\_\_\_\_

**Costo APA € 0,00****CERTIFICATO di DEGENZA**

Reparto di dimissione \_\_\_\_\_

gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aa \_\_\_\_\_

**Costo Certificato € 0,00**